

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2012

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu, et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

W. _____, à Chêne-Bougeries, recourant, représenté par Me Mélanie Freymond, avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; art. 8 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assuré), né en 1947, originaire de Slovénie, ingénieur de mines de formation, travaillait en qualité de conducteur de travaux depuis novembre 2002 pour B._____ SA. Le 25 août 2003, en descendant d'une échelle sur son lieu de travail, il a été victime d'une chute, provoquant une commotion cérébrale. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 2 août 2005, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a été versé au dossier, mettant en évidence un revenu de 65'445 fr. en 2004 de B._____ SA. Dans un questionnaire pour l'employeur du 11 janvier 2006, B._____ SA a indiqué que l'assuré, sans atteinte à la santé, réaliserait un revenu de 6'300 francs par mois.

Sur le plan médical, le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit. Il en ressort en particulier les documents suivants:

- Un rapport du 8 mars 2004 du Dr Y._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, qui a posé le diagnostic de commotion cérébrale, avec une évolution lentement favorable. Il a attesté une reprise du travail à 70% depuis le 13 janvier 2004.

- Un rapport du 4 mai 2004 du Dr V._____, spécialiste en neurologie, retenant que l'assuré avait été victime d'un traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance, amnésie circonstancielle et

plaie du cuir chevelu. L'assuré s'était plaint de céphalées, de vertiges, de troubles de la mémoire et de la concentration, de fatigue et de fatigabilité, ce qui n'avait pas permis une reprise de l'activité à un rendement supérieur à 70%. Ce médecin a constaté un examen clinique normal et n'a pas décelé de troubles neurologiques.

Dans un certificat médical du 22 août 2005, requis par [...], le Dr Y. _____ a constaté un déficit neuro-psychologique en amélioration, en retenant un pronostic réservé. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2005, en raison de l'accident.

L'OAI s'est adressé au Dr Y. _____ qui, en date du 27 septembre 2005, a diagnostiqué une commotion cérébrale avec séquelles neuropsychologiques en aggravation et une dépression réactionnelle, l'incapacité de travail étant toujours à 100% depuis le 1^{er} juin 2005. Il a mis en évidence l'augmentation des difficultés attentionnelles et l'émergence d'un déficit sévère de la mémoire antérograde verbale, ainsi qu'une aggravation progressive de l'état dépressif. Dans une activité adaptée de technicien en génie civil, l'assuré présentait une capacité de travail à raison de 4 heures par jour, dès le 1^{er} janvier 2006 au plus tôt.

Sur demande de la CNA, le Dr V. _____ a procédé à un examen médical de l'assuré. Dans son expertise du 25 janvier 2006, ce médecin a posé les diagnostics de status après TCC mineur le 25.8.2003, d'état anxio-dépressif en partie réactionnel, de discret syndrome post-commotionnel persistant surchargé d'importants facteurs psychiques et d'hypoacousie bilatérale ancienne. Ce médecin a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"4. Voyez-vous d'autres possibilités de traitement? Si oui, lesquels?

Non; il s'agit essentiellement de mettre l'accent sur le traitement psychotrope.

5. Comment appréciez-vous la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement dans l'activité exercée antérieurement?

On admettra en principe les taux d'incapacité [100%] retenus par le Dr Y. _____, médecin traitant, ceci jusqu'à la date du 1^{er} juin 2005

où une incapacité de travail complète a été retenue par le médecin traitant qui ne correspond pas à la réalité médicale du sujet mais plutôt à la reconnaissance d'une absence d'emploi. Actuellement, dans l'activité exercée préalablement (appréciation médico-théorique), la capacité de travail est vraisemblablement de 50%. Il s'agit là d'une incapacité de travail d'origine malade et non post-traumatique pour les éléments développés plus haut.

6. Au regard des seules suites de l'accident, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles de la personne assurée? Avec quel horaire et quel rendement?

Pour les éléments développés plus haut, on peut admettre que l'incapacité de travail en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel a cessé au plus tard le 31 mars 2005. Il n'y a donc pas actuellement d'incapacité de travail au regard des seules suites de l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail "malade", je pense que la capacité actuelle de Monsieur W._____, compte tenu de son état dépressif, est de 50% dans une activité s'exerçant idéalement sans trop de contrainte temporelle et psychique, relativement structurée et répétitive. Il s'agit d'une activité exercée soit à plein temps avec un rendement de 50% soit à mi-temps avec un rendement de 100%. Selon l'évolution de l'état anxio-dépressif, cette capacité de travail résiduelle pourrait atteindre ultérieurement 75 voire 100%".

Par décision du 7 avril 2006, confirmée sur opposition le 19 juin 2006, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au taux de 7.5% pour les séquelles consécutives à l'accident du 25 août 2003. Se basant sur les conclusions du Dr V._____, elle a refusé la prise en charge des frais de traitement et de l'incapacité de travail annoncés à compter du 1^{er} juin 2005. L'assuré a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances (procédure AA 90/06).

Dans un rapport du 5 mai 2006, la Dresse L._____, médecin chef de la division de neuropsychologie du CHUV, a posé le diagnostic de difficultés attentionnelles et fléchissement exécutif, symptomatologie post-traumatique. Elle a retenu une diminution de rendement de 30%, pour une activité exercée à 80%, et indiqué que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée, par exemple comme technicien en génie civil. Cette spécialiste avait effectué un examen neuropsychologique le 30 novembre 2004, mettant en évidence des déficits attentionnels modérés, un léger fléchissement exécutif et des difficultés de calcul, les autres fonctions cognitives (langage, praxies, gnosies visuelles, mémoire) étant

dans les limites de la norme); elle a indiqué que l'assuré travaillait actuellement à plein temps avec un rendement diminué de 20% environ par rapport à la situation qui se présentait avant l'accident. Un autre examen neuropsychologique avait été effectué le 24 janvier 2006, mettant en évidence une évolution favorable sur le plan cognitif, une activité professionnelle à temps partiel pouvant être envisagée dans le domaine de compétence.

Dans un certificat médical du 7 mars 2006, le Dr Y. _____ a retenu que l'assuré pouvait médicalement travailler à 50% dans un emploi comme technicien en génie civil.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport d'examen du 24 octobre 2006, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a retenu un status post TCC mineur avec commotion cérébrale suivi d'un syndrome post-commotionnel. La capacité de travail a été fixée à 80% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, sans qu'il n'y ait de limitations fonctionnelles. Ce médecin a notamment retenu ce qui suit:

"Dans l'expertise du 26 janvier 2006 le Dr V. _____, neurologue FMH, retient un syndrome post commotionnel faisant suite à un TCC mineur avec commotion cérébrale, état anxiodépressif en partie réactionnel, hypoacousie bilatérale ancienne. Un traitement de Seropram 20 mg X 2 par jour est annoncé par l'assuré. L'expert écrit page 8 «un état anxiodépressif réactionnel jouant un rôle vraisemblablement déterminant dans les plaintes et l'incapacité de travail». Le syndrome post commotionnel est qualifié de «discret» et «surchargés d'importants facteurs psychiques». Un traitement psychothérapeutique et médicamenteux antidépresseur est recommandé par l'expert qui estime que [...] «selon l'évolution de l'état anxiodépressif la capacité de travail résiduelle pourrait atteindre ultérieurement 75 voire 100%». En l'absence de suivi psychiatrique nous estimons que le traitement optimal du trouble de l'humeur qui affecte l'assuré n'est pas en place. Dès lors nous considérons que la capacité de travail de l'assuré est de 100% avec une baisse de rendement dans toutes activités de 20% prenant en compte les empêchements retenus par le Pr L. _____ en novembre 2004. En l'absence de fait nouveau depuis novembre 2004, toute autre estimation de la capacité de travail ne serait que l'évaluation différente d'une situation clinique identique. La capacité de travail de l'assuré est susceptible de s'améliorer, l'estimation de 20% de baisse de rendement prenant en compte les séquelles du TCC mineur avec commotion cérébrale. [...]"

A la suite de son licenciement, le 31 mars 2005, l'assuré s'est inscrit au chômage et a suivi différents cours, qui lui ont permis d'obtenir un diplôme de concierge. Dans le cadre de l'assurance-chômage, il a effectué début 2007 un stage à l'intendance de l'Hôpital de Morges, au taux de 60%. D'autres stages dans cette institution ont été mis en place par l'OAI en vue d'une formation pratique d'aide d'exploitation; ce faisant, l'assuré a perçu des indemnités journalières de la part de l'OAI pendant la période du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008.

Des cours de nettoyage ont également été pris en charge par l'OAI. Selon une note d'entretien de l'OAI du 30 janvier 2008, il a été relevé lors du bilan avec l'employeur que l'assuré se fatiguait très vite et qu'il ne pouvait pas tenir un taux de 80%; il avait été décidé de tenir un horaire à 60% avec augmentation progressive à 80%.

Dans un rapport du 26 février 2008, le Dr Y. _____ a posé les diagnostics de commotion cérébrale avec séquelles neuropsychologiques en aggravation et de dépression réactionnelle. Il a retenu que l'état de santé s'aggravait et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Une autre activité était exigible, en tant que technicien en génie civil, à raison de 4 heures par jour.

Dans un avis médical du SMR du 7 mars 2008, les Drs J. _____ et M. _____ ont indiqué que le rapport précité du Dr Y. _____ n'apportait aucun élément médical nouveau.

Dès le 1^{er} juillet 2008, l'assuré a été engagé comme employé d'exploitation auprès de l'Ensemble hospitalier de la Côte, au taux de 60%, pour un salaire mensuel de 2'724 fr. 60 avec en sus versement du 13^{ème} salaire. Dans un rapport interne du 8 août 2008, l'OAI a retenu que le revenu d'invalidé, au taux de 80% médicalement exigible pour une activité adaptée, était de 47'226 fr. 40.

Dans le cadre du litige auprès du Tribunal des assurances entre la CNA et l'assuré, ce dernier a été soumis à une expertise, effectuée fin 2008 par le Dr [...], psychiatre FMH, et D._____, neuropsychologue FSP. Dans leur rapport du 3 décembre 2008, ces spécialistes ont retenu ce qui suit:

"Conclusion globale

L'évaluation de l'ensemble des séquelles du TCC nécessite d'intégrer la symptomatologie dite subjective post traumatique persistante, les troubles thymiques transitoires, tels que constatés en 2005 et les résultats chiffrés au testing d'aujourd'hui.

Les plaintes formulées par le patient et décrites plus haut en détail sont compatibles et connues pour faire suite à un TCC léger à modéré. Elles sont articulées de façon cohérente et vraisemblable par Monsieur W._____. L'importance de la fatigue signalée comme un catalyseur des troubles du comportement avec irritabilité est bien connue chez les patients traumatisés cranio-cérébraux. La fatigue entraîne aussi un ralentissement, une diminution des compétences cognitives avec une augmentation des troubles de l'attention et des erreurs, comme le décrit M. W._____.

L'état psychologique du patient en 2005 a été, selon toute probabilité, celui d'une décompensation liée à l'intense fatigue post TCC, entraînant un état dépressif réactionnel lié en partie à l'épuisement de type «burn out» et en partie à la frustration et à l'irritation face à la perte des compétences et à l'échec de la reprise professionnelle. Ces difficultés sont connues chez les patients TCC. Nous nous référons à la conclusion de l'examen neuropsychologique du 28.06.2005: «augmentation des difficultés attentionnelles et du ralentissement ainsi que la réapparition du fléchissement exécutif [...] déficit sévère de la mémoire antérograde verbale [...] les éléments cités ci-dessus nous apparaissent liés de manière prépondérante aux troubles thymiques»). [...]

Réponse aux questions:

1. Diagnostic

Symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle.

[...]

Ces troubles [neurologiques] limitent la capacité de travail de l'expertisé en termes d'horaire et de rendement: à son emploi actuel de conciergerie, adapté à ses performances résiduelles, il travaille à

un rendement de 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue.

[...]

Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs étrangers à l'accident, soit au niveau de la vie privée, soit au niveau professionnel. Les possibilités de licenciement présentes à l'époque pour motifs conjoncturels n'ont pas été déterminantes dans l'évolution clinique, et l'expertisé souligne la compréhension de l'employeur par rapport à ses limitations. Cependant le licenciement n'a pu être évité, signifié le 28.1.2005 et effectif le 31.3.2005, le poste de travail concerné exigeant un rendement à 100% et des compétences professionnelles intactes.

[...]

Incapacité de travail à 100% dès l'accident, puis à 50% dès le 16.9.2003. Du 1^{er} juin 2005 au 31 mars 2006, l'expertisé est sans emploi, mais lors de cette période sa capacité ne dépassait en tout cas pas 50%. Depuis le 15 janvier 2007, dans un emploi de conciergerie obtenu dans le cadre du recyclage par l'AI, adapté à ses performances résiduelles, il travaille à un rendement de 80% puis 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue.

[...]

La péjoration des performances est liée à l'intense fatigue et au stress dû à la reprise du travail comme chef de travaux après le TCC; ce qui a entraîné un état dépressif réactionnel dû en partie à l'épuisement de type "burn out" et en partie à la frustration face à la perte des compétences et à l'échec de la reprise professionnelle.

[L'émergence d'un état anxio-dépressif] est une réaction connue chez les patients cérébro-lésés et traumatisés crânio-cérébraux face à l'incapacité nouvelle et inattendue de gérer la fatigue liée à une baisse soudaine des ressources physiques et psychiques, cela avant d'en avoir réalisé l'ampleur et avoir trouvé les stratégies pour s'y adapter. Elle n'est pas nécessairement liée à une pathologie ancienne. C'est ce type de réaction qui a, selon nous, entraîné l'état anxio-dépressif observé chez l'expertisé.

Actuellement le patient ne présente pas d'état anxio-dépressif.

[...]

Il n'y a pas de traitement sur le plan neuropsychologique.

Les résultats à l'examen du 24 janvier 2006 témoignent de la récupération fonctionnelle partielle de l'expertisé après la période d'épuisement et l'état anxio-dépressif constaté le 28 juin 2005 à la Division autonome de neuropsychologie. Ils ont été d'autant meilleurs que le patient ne travaillait pas et ne souffrait que d'une fatigue minimale. Les résultats de l'examen de 2006 montrent une amélioration depuis le premier examen neuropsychologique ayant suivi le TCC, à savoir l'examen du 30 novembre 2004.

Le pronostic sera pour l'essentiel fonction d'une bonne adaptation des capacités de travail aux conditions professionnelles proposées qui tiennent compte du handicap. [...]"

B. Dans un projet d'acceptation de rente du 13 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente du 1^{er} août 2004 au 31 mars 2007, avec reprise du versement de la rente dès le 1^{er} juillet 2008, soit dès la fin du versement des indemnités journalières. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé, puis s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 84'932 fr. 85 dans son ancienne activité et sur un revenu d'invalidité de 47'226 fr. 40 dans l'activité d'employé d'exploitation, au taux de 80% médicalement exigible, mettant en évidence un degré d'invalidité de 44%.

L'assuré a contesté ce projet de décision, réclamant une réévaluation du degré d'invalidité, en retenant un revenu d'invalidité de 35'419 fr. 80 et non de 47'226 fr. 40 comme retenu par l'OAI.

Dans un avis médical du SMR du 25 mars 2009, les Drs R. _____ et M. _____ ont retenu ce qui suit:

"Les résultats de l'examen neuropsychologique du 3.12.2008 sont pratiquement superposables à ceux de janvier 2006. En d'autres termes, il n'y a pas de changement des troubles cognitifs légers présentés par l'assuré.

Il convient de remarquer que le Dr [...] ne retient aucun diagnostic psychiatrique.

Son estimation de la capacité de travail est une appréciation différente d'une situation identique. Elle semble reposer essentiellement sur les dires de l'assuré plutôt que sur l'observation objective.

En conclusion, ces éléments ne sont pas de nature à modifier notre position".

Dans un complément d'expertise du 27 mars 2009, dans le cadre du litige entre la CNA et l'assuré, le Dr C. _____ et D. _____ ont retenu ce qui suit:

"Monsieur W. _____ est-il capable de travailler à un rendement supérieur à 60%, étant précisé qu'il travaille actuellement après recyclage AI à 60% avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue?

Un travail à un taux de 80% dans sa formation de conciergerie en cours d'emploi avait été tenté, mais l'intéressé a dû reprendre un taux d'activité à 60% en raison de sa fatigue. Il nous semble qu'il n'y a pas de signes nous permettant à l'heure actuelle d'espérer une augmentation de son rendement et la répartition du travail sur la semaine est optimale pour gérer la fatigue et poursuivre l'activité professionnelle.

Dans quelle activité de concierge, un rendement supérieur à 60% est-il exigible? Dans d'autres activités, un rendement plus élevé est-il envisageable? Cas échéant, lesquels et à quel taux?

- Cf. réponse sous 1.

- Autres activités: compte tenu de sa formation et des emplois occupés à ce jour, nous ne voyons pas d'autres activités adaptées à proposer à l'assuré. De plus, on a pu observer que l'expertisé est motivé pour son travail de conciergerie, ce qui n'était pas acquis d'avance, compte tenu de la perte significative de statut professionnel que cela représente par rapport à son ancien emploi de chef de chantier".

Dans un avis médical du SMR du 12 octobre 2009, les Drs R. _____ et Q. _____ ont retenu ce qui suit:

"Les résultats de l'examen neuropsychologique du 3.12.2008 sont pratiquement superposables à ceux de janvier 2006. En d'autres termes, ces examens décrivent des situations identiques. Seule diffère l'appréciation de la capacité de travail qui, comme je l'ai déjà dit, semble reposer, en ce qui concerne Mme [...], sur les dires de l'assuré plutôt que sur l'observation objective".

Dans un avis juriste du 28 octobre 2009, l'OAI a demandé au SMR d'indiquer les éléments qui permettraient de dire, entre l'avis du SMR et celui du Dr C. _____, qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation.

Dans un avis médical du SMR du 6 janvier 2010, les Drs R. _____ et M. _____ ont retenu ce qui suit:

"Le mandat nous demande ce que nous entendons par «appréciation différente d'une même situation», lorsque nous évoquons les examens neuropsychologiques de janvier 2006 et décembre 2008.

De novembre 2004 à juin 2005, on a assisté à une aggravation des difficultés attentionnelles et du ralentissement, ainsi qu'à l'apparition d'un fléchissement exécutif et d'un déficit sévère de la mémoire antérograde verbale. Cette évolution délétère a été attribuée à un état anxio-dépressif post-traumatique.

En janvier 2006, la situation s'est objectivement améliorée, avec une quasi normalisation des fonctions mnésiques, une diminution des difficultés attentionnelles et du fléchissement exécutif, permettant d'envisager une reprise du travail à temps partiel (non précisé).

Le dernier examen, pratiqué en octobre-novembre 2008, montre une symptomatologie neuropsychologique stable, superposable à celle de 2006. Cette affirmation se fonde sur la comparaison des observations objectives relevées dans chacun des rapports.

Nous n'avons dès lors pas de raison de revenir sur la capacité de travail de 80% précédemment retenue".

Le 12 mai 2010, par son mandataire, l'assuré a exposé que le SMR ne se fondait que sur une appréciation effectuée en janvier 2006, qui allait à l'encontre des observations faites ultérieurement par la Dresse L. _____ ainsi que par D. _____. Dans un courrier du 20 mai 2010, l'OAI a expliqué à l'assuré que les constatations objectives en 2004, 2006 et 2008 étaient identiques et que seule variait la capacité de travail, sans raisons objectives.

Par trois décisions du 17 juin 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente du 1^{er} août 2004 au 31 mars 2007, et à un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2008. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé, puis s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 84'932 fr. 85 dans son ancienne activité et sur un revenu d'invalidité de 47'226 fr. 40 dans l'activité d'employé d'exploitation, au taux de 80% médicalement exigible, mettant en évidence un degré d'invalidité de 44%.

C. Par arrêt du 29 juin 2010, la Cour des assurances sociales a admis le recours formé par l'assuré dans le litige l'opposant à la CNA et a renvoyé la cause à cette institution pour complément d'instruction sur le plan médical, pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

D. Par acte de son mandataire du 23 août 2010, W._____ a recouru contre les décisions de l'OAI au Tribunal cantonal et a conclu principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 58%, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants.

L'assuré conteste le taux de 80% de capacité de travail dans une activité adaptée, retenu par l'OAI, et estime que sa capacité de travail est de 60%. Il expose que seul le Dr V._____, dans son rapport du 25 janvier 2006, retient un taux de 80%, ce qui est contredit notamment par les avis subséquents des Dresses D._____ et L._____. L'assuré ajoute que l'OAI n'a pas suffisamment expliqué les raisons pour lesquelles sa capacité de travail est de 80%. Avec un taux de 60%, il soutient que son revenu d'invalidité est de 35'419 fr. 80, ce qui – par comparaison avec un revenu sans invalidité de 84'932 fr. 85 – met en évidence un taux d'invalidité de 58%.

Dans sa réponse du 4 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il expose que selon la Dresse L._____, sa capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 20% et que le SMR a retenu, dans un avis médical du 6 janvier 2006, une situation qui s'est objectivement améliorée en janvier 2006 ainsi qu'une symptomatologie neuropsychologique stable en octobre-novembre 2008 et superposable à celle de 2006.

Dans sa réplique du 21 février 2011, le recourant a maintenu ses conclusions et répété ses arguments.

Dans sa duplique du 14 mars 2011, l'OAI a confirmé sa position et repris ses arguments, en se référant à ses précédentes écritures.

En date du 12 avril 2011, l'OAI a requis une suspension de la procédure, dans l'attente d'un examen médical. Le 7 juillet 2011, il a confirmé ses conclusions et a déposé un rapport du 17 mai 2011 de la

Dresse L. _____, faisant suite à un examen neuropsychologique du 9 mai 2011, qui comporte notamment les passages suivants:

"Actuellement, les résultats restent globalement superposables à ceux de 2004, 2006 et 2008. L'aggravation de la symptomatologie qui a été constatée en 2005 peut s'expliquer par la présence de probables troubles thymiques liés à une surcharge professionnelle à ce moment.

Nous avons évalué dans le passé, à deux reprises, la capacité de travail du patient. Au mois de décembre 2004, basée sur notre évaluation du 30 novembre 2004 qui avait mis en évidence des déficits attentionnels modérés et un léger fléchissement exécutif, nous avons estimé qu'à terme une reprise professionnelle à un taux de 100% devait être possible mais avec un rendement de 70 à 80%. Nous avons alors émis un caveat par rapport à une éventuelle surcharge pendant le mois suivant et avons proposé de procéder à un bilan d'évolution au mois de mai 2005. Ce bilan neuropsychologique, effectué le 28 juin 2005, a mis en évidence des déficits sévères de la mémoire antérograde verbale, des déficits attentionnels ainsi qu'un fléchissement exécutif et des signes probables de la lignée anxio-dépressive. La péjoration à cet examen peut être interprétée par une surcharge professionnelle, observation relativement fréquente chez les patients traumatisés crânio-cérébraux.

L'évaluation neuropsychologique du 24 janvier 2006 a mis en évidence une amélioration de la situation avec la présence de légères difficultés attentionnelles et d'un léger fléchissement exécutif. Par la suite, nous avons évalué, au mois de mai 2006, la capacité de travail à un taux exigible de 80% mais avec une diminution du rendement de 30% (correspondant donc à environ 60% de capacité de travail résiduelle).

Lorsque nous avons examiné le patient le 9 mai 2011, nous avons trouvé un tableau avec des séquelles relativement modérées, ce qui témoigne de l'équilibre en ce qui concerne la charge de travail. Nous avons retenu anamnestiquement que le patient travaille actuellement à 60% mais avec un rendement estimé par ses supérieurs hiérarchiques d'être proche de 100%. Le patient nous a expliqué que dans l'activité qu'il exerce, il doit se tenir à un rendement élevé. La formule actuelle a été mise en place en collaboration avec vous notamment et a fait ses preuves au cours des derniers temps.

Du point de vue neuropsychologique, nous pouvons donc conclure que la capacité de travail, initialement évaluée d'une façon trop optimiste, a mené à une surcharge professionnelle. Par la suite, une capacité de travail de 60% a permis d'établir une situation stable. Dans ce contexte, une capacité de travail de 60% (taux d'activité de 60% avec un rendement proche de 100%) est tout à fait indiquée".

Le 16 août 2011, l'OAI a maintenu sa position et a déposé un avis médical du SMR du 8 août 2011 des Drs R. _____ et M. _____, qui relèvent ce qui suit:

"A l'appui de son recours, l'assuré joint un rapport d'examen neuropsychologique effectué le 9.5.2011 par le Pr. L. _____.

Il met en évidence des perturbations de la mémoire de travail, de légères difficultés attentionnelles ainsi qu'un ralentissement modéré.

Il est précisé que ces résultats restent globalement superposables à ceux de 2004, 2006 et 2008.

Dès lors, nous ne pouvons que nous étonner qu'un état de santé identique entraîne des incapacités de travail différentes, passant de 20% en 2004 à 40% en 2006.

Nous constatons également que la capacité de travail de 60% est fondée sur des éléments anamnestiques et non pas sur l'évaluation médicale.

Ces incohérences apparentes mériteraient d'être expliquées, faute de quoi l'interprétation des examens neuropsychologiques perdrait toute valeur probante. Dans ces circonstances, nous n'avons pas de raison médicale de modifier notre position".

Le 23 août 2011, le recourant a confirmé sa position et réitéré sa demande subsidiaire tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 60 LPGA et 69 LAI) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

c) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité, le recourant réclamant l'octroi d'une demi-rente.

3 **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références

citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1).

4. a) Dans le cas présent, l'assuré a été victime, le 25 août 2003, d'une chute, provoquant un traumatisme crânio-cérébral avec perte de

connaissance et amnésie circonstancielle. Des troubles neuropsychologiques ont été signalés, notamment par le Dr Y._____, la Dresse L._____ ainsi que par le Dr C._____ et D._____. Sur le plan professionnel, alors qu'il travaillait précédemment à 100% avant son accident, l'assuré a pu reprendre son travail à 70% depuis le 13 janvier 2004, mais a été licencié le 31 mars 2005. Depuis le 15 janvier 2007, l'assuré travaille comme concierge, à un rendement de 80%, puis de 60%, avec un horaire réparti sur la semaine afin de gérer la fatigue.

b) L'OAI, se fondant sur les conclusions du SMR, estime que l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé, sans limitations fonctionnelles. Le SMR n'a pas procédé à un examen personnel de l'assuré. Le Dr G._____ a indiqué qu'il se fondait sur l'avis formulé par la Dresse L._____ en novembre 2004, et que toute autre estimation de la capacité de travail n'était que l'évaluation différente d'une situation clinique identique (rapport du SMR du 24 octobre 2006). Les médecins du SMR ont par la suite confirmé cette appréciation (avis médicaux des 25 mars 2009, 12 octobre 2009, 6 janvier 2010 et 8 août 2011).

Lors d'un examen neuropsychologique le 30 novembre 2004, la Dresse L._____ avait mis en évidence des déficits attentionnels modérés, un léger fléchissement exécutif et des difficultés de calcul; elle a indiqué que l'assuré travaillait actuellement à plein temps avec un rendement diminué de 20% environ par rapport à la situation qui se présentait avant l'accident. Cette spécialiste a ensuite effectué un autre examen neuropsychologique le 24 janvier 2006, mettant en évidence une évolution favorable. Dans son rapport du 5 mai 2006, elle a retenu une diminution de rendement de 30%, pour une activité exercée à 80%, correspondant donc à une capacité de travail résiduelle d'environ 60%. Elle a précisé, dans son rapport du 17 mai 2011, que la capacité de travail, initialement évaluée de façon trop optimiste, avait conduit à une surcharge professionnelle.

On ne saurait dire, contrairement à ce que soutient le SMR, que la Dresse L._____ retient en définitive une capacité de travail de 80%; ce taux est indiqué uniquement dans son rapport d'examen de novembre 2004. La Dresse L._____ a certes indiqué, dans son rapport du 17 mai 2011, que les évaluations neuropsychologiques effectuées en 2006, 2008 et 2011 ont donné des résultats globalement superposables à ceux de 2004, mais on ne saurait en déduire que seule l'appréciation de cette spécialiste lors de l'examen du 30 novembre 2004 - à savoir une diminution de rendement de 20% pour une activité exercée à plein temps - doit être retenue. En effet, un tel raisonnement reviendrait à faire abstraction des rapports des 5 mai 2006 et 17 mai 2011 par lesquels la Dresse L._____ est clairement revenue sur son appréciation du 30 novembre 2004.

A cela s'ajoute que les médecins du SMR n'ont pas, ou à tout le moins pas suffisamment, expliqué les raisons pour lesquelles ils s'écartent des appréciations émises non seulement par la Dresse L._____, mais aussi par le Dr Y._____ (rapports des 27 septembre 2005, 7 mars 2006 et 26 février 2008) ainsi que par le Dr C._____ et D._____ (expertise requise par la CNA du 3 décembre 2008). En effet, les médecins du SMR semblent ignorer les conclusions, notamment quant à la capacité de travail, émises par ces spécialistes. En outre, les explications du Dr G._____, qui estime qu'en l'absence de suivi psychiatrique le traitement optimal du trouble de l'humeur n'est pas en place (rapport d'examen du SMR du 24 octobre 2006), ne permettent pas d'écarter sans autre les conclusions du Dr V._____, qui a diagnostiqué un état anxio-dépressif en partie réactionnel, un syndrome post-commotionnel persistant surchargé d'importants facteurs psychiques et une hypoacousie bilatérale ancienne, puis retenu une capacité de travail de 50%, pouvant être de 75% ou de 100% suivant l'évolution de l'état anxio-dépressif (expertise du 25 janvier 2006, requise par la CNA), avant d'avoir retenu dans un premier temps une capacité de travail de 70% (rapport du 4 mai 2004). Dès lors, les motivations du SMR ne peuvent être retenues.

c) Pour sa part, le recourant réclame l'octroi d'une demi-rente, estimant que sa capacité de travail résiduelle est d'au maximum 60%.

Dans leur expertise du 3 décembre 2008, le Dr C._____ et D._____ ont retenu une symptomatologie neuropsychologique objectivée aux tests (persistance d'un ralentissement léger, de troubles attentionnels modérés, d'un fléchissement exécutif et de troubles mnésiques en particulier pour la mémoire de travail) associée à une symptomatologie dite post-traumatique subjective d'intensité modérée entraînant un handicap durable et significatif dans la vie quotidienne et professionnelle. Ils ont indiqué que l'assuré, dans son emploi actuel de concierge, adapté aux performances résiduelles, avait un rendement de 60% (expertise du 3 décembre 2008 et complément du 27 mars 2009). L'avis de ces spécialistes est clair et s'appuie sur des motivations cohérentes et dûment motivées, notamment sur des examens comportant des tests objectifs de capacité.

En outre, l'avis du Dr C._____ et de D._____ concernant l'absence de pathologie psychiatrique de type anxio-dépressive (expertise du 3 décembre 2008) prime sur l'avis du Dr V._____ (expertise du 25 janvier 2006), qui est neurologue et non neuropsychologue.

La Dresse L._____ a pour sa part posé le diagnostic de difficultés attentionnelles et fléchissement exécutif, symptomatologie post-traumatique; elle a retenu une diminution de rendement de 30%, pour une activité exercée à 80% (rapport du 5 mai 2006). Cette spécialiste a ensuite retenu qu'il s'agissait d'une capacité de travail résiduelle de 60%, précisant que du point de vue neuropsychologique la capacité de travail, initialement évaluée de façon trop optimiste, avait mené à une surcharge professionnelle (rapport du 17 mai 2011). La Dresse L._____ a clairement exposé les raisons pour lesquelles la capacité de travail avait pu varier, ses explications étant convaincantes et s'appuyant sur des examens neuropsychologiques ainsi que sur sa propre observation de l'assuré. L'avis de cette spécialiste corrobore pleinement celui du Dr C._____.

Les explications du Dr G. _____, qui se réfère uniquement à l'absence de suivi psychiatrique (rapport d'examen du SMR du 24 octobre 2006), sont insuffisantes pour fixer la capacité de travail à 80%. Par ailleurs, l'avis médical du Dr Y. _____ ne saurait être déterminant. En effet, ce praticien est généraliste, soit non spécialisé en neuropsychologie, et son opinion, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être appréciée avec les réserves d'usage. Au demeurant, ses explications sont plutôt succinctes et peu étoffées, au regard notamment des rapports de la Dresse L. _____ et de l'expertise du Dr C. _____ et de D. _____.

Dès lors, l'expertise et son complément du Dr C. _____ et de D. _____ ainsi que les rapports de la Dresse L. _____ ont valeur probante et permettent de retenir que l'assuré présente une capacité de travail (respectivement de rendement) de 60%.

d) Sur le plan économique, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 84'932 fr. 85, correspondant aux pièces versées au dossier et repris par le recourant. Pour le revenu d'invalidé, compte tenu de l'engagement de l'assuré auprès de l'Ensemble hospitalier de la Côte, au taux de 60%, il y a lieu de se fonder sur un revenu annuel de 35'419 fr. 80 (soit 2'724 fr. 60 x 13). Il s'ensuit que l'assuré présente un degré d'invalidité de 58.30%, ce qui donne droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

L'assuré présente une incapacité de travail de longue durée depuis sa chute survenue le 25 août 2003, de sorte que le droit à la rente doit lui être reconnu depuis le 1^{er} août 2004, sous déduction de la période du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008 durant laquelle des indemnités journalières de l'OAI lui ont été versées.

5. Partant, le recours doit être admis et les décisions attaquées réformées, en ce sens que l'assuré a droit à une demi-rente du 1^{er} août 2004 au 31 mars 2007, puis dès le 1^{er} juillet 2008.

Les frais de procédure sont mis à la charge de l'OAI, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (Arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012 consid. 7 et les références citées). Le recourant ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. Les trois décisions rendues le 17 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que l'assuré a droit à une demi-rente du 1^{er} août 2004 au 31 mars 2007, puis dès le 1^{er} juillet 2008.

- III. Les frais judiciaires, par 450 (quatre cent cinquante) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 (deux mille) francs à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Mélanie Freymond, avocate à Lausanne (pour W. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :